

ASSOCIATION DE L'HYSTÉRIE

AVEC

LES MALADIES ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX, LES NÉVROSES

ET DIVERSES AUTRES AFFECTIONS

PAR

J. BABINSKI

Médecin des Hôpitaux

Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.*

(Séance du 11 novembre 1892.)

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain.

—
1892

ASSOCIATION DE L'HYSTÉRIE

AVEC

LES MALADIES ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX, LES NÉVROSES

ET DIVERSES AUTRES AFFECTIONS

Le domaine de l'hystérie prend de jour en jour plus d'extension, et il suffit, pour se convaincre de cette vérité, de parcourir les bulletins des diverses sociétés médicales, ainsi que les recueils spéciaux.

C'est incontestablement une des affections les plus répandues, et je suis, pour ma part, porté à croire qu'il est bien peu d'individus qui, dans de certaines circonstances, sous l'influence de causes occasionnelles plus ou moins actives, ne puissent en subir les atteintes.

Cette proposition, je me hâte de le dire, ne s'applique qu'à la petite hystérie; je crois en effet que la grande hystérie ne se développe guère que chez des sujets prédisposés par leur naissance, leurs antécédents nerveux et qu'elle est l'apanage d'une aristocratie névropathique; la première, au contraire, est en quelque sorte à la portée de tout le monde.

Ce qui agrandit encore le champ de cette névrose, c'est qu'elle est susceptible de s'associer aux maladies les plus diverses, et des observations de ce genre ont déjà été publiées, en France d'abord, puis dans d'autres pays. Je signalerai en particulier les travaux de M. Charcot (1), l'initiateur en la matière, ceux de MM. Raymond (2), Mathieu (3), d'Au-

(1) *a. Leçons du mardi.* (Association de l'hystérie avec la sclérose en plaques, le mal de Pott, le tabes, la myopathie, la neurasthénie).

b. Leçons recueillies par Guinon. Publications du *Progrès médical*, 1892. (Maladie de Morvan et hystérie.)

(2) *Progrès méd.*, n° 20, 1889. (Obs. de rhumatisme chronique associé à de l'anesthésie hystérique.)

(3) *Progrès méd.*, n° 30, 1888. (Neurasthénie et hystérie combinées.)

relles de Palladines (1), Séglas (2), Babinski (3), Souques (4), Siredey (5), Blocq et Onanoff (6), Oppenheim (7), Remak (8), Bernhardt (9), Mendel (10), Siemerling (11), Buzzard (12), Hughes (13).

La sclérose en plaques, en première ligne, le tabes, la syringomyélie, la maladie de Morvan, le mal de Pott, la paralysie faciale, la myopathie primitive, la neurasthénie, l'agoraphobie, l'onomatomanie, la chorée, la maladie de Basedow, telles sont les principales affections dont la coexistence avec l'hystérie a été particulièrement notée.

Malgré le nombre assez considérable déjà, ainsi qu'on peut en juger par l'index bibliographique ci-joint, des publications sur ce sujet, celui-ci me paraît loin d'être épuisé. Les travaux en question sont pour la plupart fort succincts, consistent dans la relation d'un ou de plusieurs faits, et, en définitive, si l'on s'appuyait exclusivement sur eux pour apprécier l'importance de ces associations morbides en pathologie, on pourrait supposer que les cas de ce genre sont relativement rares, ce qui ne serait pas exact. On a, en effet, le droit d'affirmer *a priori* que toutes les maladies peuvent s'associer à l'hystérie, et rien n'est du reste plus facile à concevoir. Si, en effet, un léger traumatisme, une simple émotion, ou toute autre cause banale est susceptible de provoquer chez un individu, bien portant jusque-là, l'apparition d'accidents hystériques, il est tout naturel qu'une affection organique ou dynamique du système nerveux, qu'un état pathologique préexistant, quel qu'il soit, puissent produire des effets

(1) *Thèse de Paris* 1889. *Associations morbides en pathologie nerveuse*. (Observations de paralysie alcool., de chorée, de maladie de Basedow associées à l'hystérie.)

(2) *Bulletins de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1889, numéro du 12 avril. (Coexistence chez un malade de l'hystérie et d'une variété spéciale d'onomatomanie) (écholalie mentale).

(3) a. (Paralysie faciale organique et spasme facial hystérique).—Ohs. de Babinski *Thèse de Belin*, Paris, 1888.

b. *Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chirurgie*, 1891, p. 368. (Agoraphobie et hystérie)

(4) *Thèse de Paris* 1891. *Étude des syndromes hystériques simulateurs*. (Association de l'hystérie avec le tabes et la sclérose en plaques.)

(5) *Bulletins de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1891, p. 537. (Tabes et hystérie.)

(6) *Arch. méd. expér.*, 1892, n° 3. (Sur un cas d'association tabéto-hystérique.)

(7) *Neurologisches Centralblatt*, 1890, p. 488. (Sclérose en plaques, syringomyélie, paralysie faciale et hystérie.)

(8) *Neurologisches Centralblatt*, 1890, p. 499. (Hystérie et sclérose en plaques.)

(9) *Neurologisches Centralblatt*, 1890. (Hystérie et sclérose en plaques.)

(10) *Neurologisches Centralblatt*, 1890. (Hystérie et paral. pseudo-hypertr.)

(11) *Neurologisches Centralblatt*, 1891, p. 22. (Ueber einen mit geistesstörung complicirten Fall von schwerer hystérie, welcher durch congenitale anomalien des central nervensystem ausgezeichnet war.)

(12) *Brain*, 1890. *Spring Number*. (On the simulation of hysteria by organic disease of the nervous system.)

(13) *Alienist and Neurologist*, July 1892. *Saint-Louis*. (Note on the hysterical concomitants of organic nervous disease.)

analogues et, en fait, les associations de l'hystérie avec d'autres maladies sont, d'après ce que j'ai observé moi-même, chose des plus communes.

Elles peuvent être méconnues, soit que les phénomènes hystériques occupent le premier plan du tableau symptomatique et masquent ainsi l'affection concomitante, soit que celle-ci, tout au contraire, absorbe complètement, au détriment de l'hystérie, l'attention de l'observateur, ce qui a lieu surtout quand il s'agit simplement de manifestations de la petite hystérie. Or, en négligeant ainsi l'un ou l'autre des deux facteurs en présence, on s'expose à commettre des fautes de thérapeutique et de graves erreurs d'interprétation. C'est en partie pour n'avoir pas su reconnaître dans des cas d'association hystéro-organique l'élément hystérique que quelques médecins sont arrivés à cette idée que les pratiques psychothérapiques peuvent modifier d'une façon notable, guérir même des affections organiques.

Il est donc essentiel d'être toujours préoccupé de la possibilité de ces associations et de chercher à démêler dans des cas de ce genre ce qui appartient à chacun des deux facteurs; c'est là, il est vrai, une tâche qui peut être parfois fort difficile.

Je crois, pour les raisons qui précèdent, qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de faire connaître de nouveaux faits de cet ordre et, parmi les nombreux cas que j'ai observés, j'en choisirai quelques-uns qui me semblent particulièrement dignes d'attention et je les exposerai succinctement.

OBSERVATION I.

Hémiplégie spasmodique organique : Contracture, exagération des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde du pied.

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle hystérique.

Disparition rapide de l'hémianesthésie à la suite de l'application d'un aimant.

Femme âgée de quarante-cinq ans, ayant fait quelques excès alcooliques, sujette à des cauchemars nocturnes, et atteinte d'artério-sclérose.

Elle est admise à la Salpêtrière en mars 1886, dans le service de M. Charcot.

Hémiplégie droite consécutive à une attaque apoplectique. Cette paralysie occupe le membre inférieur, le membre supérieur et le facial inférieur. Cette hémiplégie date déjà de six mois quand j'examine la malade pour la première fois et présente à ce moment les caractères classiques de l'hémiplégie spasmodique due à une affection organique de l'encéphale. La malade marche avec peine et en fauchant; le membre supérieur présente une attitude anormale; ses divers segments sont notablement fléchis les uns sur les autres; les troubles moteurs y sont plus prononcés qu'au membre inférieur; la commissure droite est légèrement déviée en bas. On éprouve une résistance assez grande, due à la raideur musculaire, qu'on peut surmonter dans une certaine mesure, quand on cherche à faire exécuter des mouvements passifs au pied, à la jambe, à la cuisse, aux doigts, à la main, à l'avant-bras ou au bras; il est impossible d'élever le bras au-dessus de l'horizontale.

Les réflexes tendineux sont très exagérés aux membres supérieur et inférieur droits, et l'on provoque très facilement la trépidation épileptoïde du pied.

Il existe de plus une hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle très accentuée ; tout le côté droit est complètement insensible au tact, à la douleur, à la température et la notion de position est également abolie.

Amblyopie droite avec rétrécissement du champ visuel ; diminution de l'ouïe, perte du sens du goût et de l'odorat du même côté.

On place un aimant à côté du membre supérieur droit pendant une demi-heure environ. A un nouvel examen pratiqué à la suite de cette opération, on constate que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle qui, d'après les renseignements donnés par la malade remonte au début de la maladie, c'est-à-dire à six mois, a totalement disparu ; la sensibilité générale et spéciale est égale des deux côtés et paraît tout à fait normale. Les troubles moteurs ne sont modifiés en rien.

L'état de la malade, que j'ai suivi pendant plusieurs mois, n'a subi depuis lors aucun changement, l'hémiplégie motrice ne s'est pas atténuée et l'anesthésie ne s'est pas reproduite.

Les caractères de cette hémiplégie permettent d'affirmer que les troubles moteurs sont sous la dépendance d'une lésion organique de l'encéphale siégeant probablement dans la capsule interne et ayant été l'origine d'une dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal.

L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle pouvant être sous la dépendance d'une lésion de la partie postérieure de la capsule interne, il y avait lieu de se demander au début si dans le cas particulier les troubles de la sensibilité n'étaient pas liés à une altération de cette portion de l'encéphale.

Peut-être eût-il été possible de repousser cette hypothèse, même avant le résultat qui a été obtenu par l'application de l'aimant. En effet, l'hémianesthésie organique est le plus souvent peu marquée et si, exceptionnellement, elle peut être très accentuée, ce n'est guère que dans la période qui suit immédiatement le début de l'affection et pendant un laps de temps très restreint (1).

(1) J'ai observé, en mars 1891, à la Maison municipale de santé, un malade atteint d'une hémorragie cérébrale du côté gauche ayant détruit, ainsi que l'autopsie l'a montré, la partie postérieure de la capsule interne et toute la partie postérieure du centre ovale correspondant au lobe occipital.

Pendant les deux premiers jours consécutifs à l'attaque, il y avait une abolition presque complète de la sensibilité générale du côté droit. On pouvait de ce côté piquer, pincer la peau, exercer sur les parties profondes une pression énergique, appliquer sur les téguments un corps très chaud ou un fragment de glace sans que le malade en parût incommodé en quoi que ce soit et sans même qu'il fit mine de se préoccuper de ces manœuvres ; du côté opposé, les mêmes pratiques provoquaient, quoique le malade fût très déprimé, une réaction énergique qui se traduisait par des cris, des gesticulations et des mouvements de défense. L'état d'abaissement dans lequel se trouvait le malade rendait l'examen des sens spéciaux impraticable.

Toutefois rien ne permet d'affirmer qu'une hémianesthésie complète et de longue durée ne puisse dépendre d'une affection organique de l'encéphale; quelques observations même tendraient à démontrer la réalité de ce fait (1).

Quoi qu'il en soit, dans le cas présent, la disparition si rapide de l'anesthésie, par un mécanisme que je ne chercherai pas à déterminer ici, démontre, selon moi, qu'elle relève de l'hystérie. Il est donc incontestable qu'il s'agit d'une association d'une hémiplegie organique avec de l'hémianesthésie hystérique. Les faits de ce genre ne doivent pas être rares (2).

J'ai observé aussi un malade chez lequel, à une hémiplegie organique permanente, s'était associée une hémihyperesthésie transitoire qui a disparu en peu de temps, à la suite de pratiques électrothérapiques. Sans être affirmatif à cet égard, je suis porté à croire que cette hyperesthésie était sous la dépendance de l'hystérie.

Il y a aussi tout lieu d'admettre qu'à une paralysie liée à des lésions cérébrales s'associent parfois des troubles moteurs de nature hystérique.

OBSERVATION II

Méningo-encéphalite diffuse : embarras spécial de la parole, tremblement de la lèvre supérieure, déchéance intellectuelle, troubles pupillaires.

Astasie hystérique.

Disparition rapide de l'astasie à la suite de l'application de courants induits.

Homme âgé de trente et un ans, exerçant la profession d'estampeur. Il nous a été adressé à l'Hôtel-Dieu annexe par notre collègue M. Siredey, que nous remercions de sa complaisance.

Antécédents personnels. — Le malade a contracté la syphilis il y a de cela dix ans.

Les jours suivants, 3^e, 4^e, 5^e jour (le malade mourut le 6^e jour), quoique la dépression du malade allât en s'accroissant, l'anesthésie s'atténua très notablement et des excitations, qui, au début, passaient tout à fait inaperçues déterminaient, comme du côté opposé, mais à un plus faible degré, des cris et des mouvements dénotant qu'elles étaient bien perçues.

(1) Voir en particulier à ce sujet une communication de Ferrier à la Soc. de méd. de Londres, sur l'hémianesthésie cérébrale in *Sem. méd.*, 1887, p. 476.

(2) M. Bernheim a publié quelques observations analogues (*De la Suggestion*, 3^e édition), qu'il interprète autrement, il est vrai. Cet auteur fait remarquer avec raison que « le trouble fonctionnel dans les maladies des centres nerveux dépasse souvent le champ de la lésion anatomique », et il ajoute que « c'est contre ce dynamisme modifié, indépendamment d'une altération matérielle directe que la psychothérapie peut être toute puissante (p. 334) ». Cette dernière proposition, pour être exacte, exigerait, selon moi, que l'on substituât au mot dynamisme le mot hystérie, deux termes qui ne sont nullement synonymes, car si tous les troubles hystériques sont, à l'origine au moins, de nature dynamique, les troubles dynamiques sont loin de relever toujours de l'hystérie.

D'après les renseignements que nous a fournis la mère du malade, le début de l'affection dont il est atteint remonte à plus d'un an ; celle-ci s'est manifestée par un affaiblissement intellectuel progressif sans idées délirantes et par une diminution de la puissance motrice, qui depuis dix mois l'ont mis dans la nécessité de suspendre son travail habituel.

Examen du malade le 2 juillet 1892. — Le facies du malade exprime l'apathie dans laquelle il se trouve ; il semble en effet indifférent à ce que l'on dit autour de lui à son sujet ; il répond aux questions qu'on lui pose quand celles-ci sont très simples, mais il se contente le plus souvent de dire « Oui, ou Non », et il est difficile de savoir si ses réponses sont toujours conformes à la vérité. En tous cas, il paraît incapable de réflexion, reste muet quand on lui pose une question tant soit peu compliquée, et ne semble même pas chercher à la comprendre.

La religieuse du service nous dit qu'il reste toute la journée sans adresser la parole à qui que ce soit et passe des heures entières assis sur une chaise, sans aucune occupation, ou bien encore emploie son temps à parcourir des livres, mais il relit cinq ou six fois la même page et ne paraît pas du tout comprendre ce qu'il lit ; en un mot, il y a une déchéance intellectuelle très prononcée.

Le malade n'a pas d'idées délirantes, pas d'idées de grandeur.

Il existe un tremblement assez prononcé de la lèvre supérieure et de la langue.

La parole est traînante, embarrassée et présente tout à fait les caractères propres à la méningo-encéphalite diffuse.

Les pupilles se contractent paresseusement à la lumière.

Les fonctions motrices des membres supérieurs sont à peu près normales, mais il n'en est pas de même pour les membres inférieurs. Au lit, le malade les remue assez facilement, et la puissance musculaire paraît presque complètement conservée, mais dès qu'il se met debout, les jambes exécutent des mouvements alternatifs de flexion et d'extension sur les cuisses, le corps vacille, est porté irrégulièrement en avant, en arrière, à droite, à gauche, et le malade, soit qu'il veuille rester en place, soit qu'il cherche à avancer, ne tarde pas à perdre l'équilibre et tomberait infailliblement si on ne lui venait en aide.

Il est depuis plusieurs mois dans le même état, incapable de marcher seul.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Il y a diminution de la sensibilité dans tous ses modes au membre inférieur gauche.

La sensibilité gustative et olfactive est éteinte. Le champ visuel est légèrement rétréci à gauche.

Pas de troubles trophiques. Les fonctions vésico-rectales sont normales.

J'électrise pendant cinq minutes environ les muscles des membres inférieurs avec des courants induits (appareil à chariot) et j'affirme au malade que je vais le guérir de la paralysie dont il est atteint, puis je lui dis de se lever et de marcher. Il m'obéit et franchit assez facilement une distance de vingt mètres ; la démarche est tout à fait différente de ce qu'elle était au préalable.

5 juillet. — L'amélioration s'est maintenue depuis le 2 juillet. J'électrise de nouveau les membres inférieurs. Le malade, à la suite de cette séance, marche

encore mieux que précédemment et parcourt une distance de quarante mètres sans difficulté. L'électrisation des muscles des lèvres et de la langue rend sur le moment la parole plus distincte, mais cette amélioration ne se maintient pas plus de quelques minutes.

10 juillet. — Même état. L'anesthésie sensitivo-sensorielle a disparu.

Septembre 1892. — Les troubles intellectuels, l'embaras de la parole se sont accentués depuis le mois de juillet. La marche n'est pas très assurée, il est vrai, mais le malade peut toutefois se promener dans la salle sans appui et n'est jamais tombé. L'amélioration obtenue en juillet s'est maintenue pendant tout ce temps.

En résumé, on constate deux ordres de symptômes : 1° un affaiblissement très prononcé de l'intelligence, des troubles spéciaux de la parole, du tremblement de la lèvre supérieure et quelques troubles pupillaires ; 2° des troubles locomoteurs tout à fait analogues à ceux qu'on observe dans l'astasia-abasie.

Au point de vue du diagnostic, trois hypothèses pouvaient se présenter à l'esprit :

a) On aurait pu admettre au début l'existence d'une méningo-encéphalite caractérisée par les symptômes du premier groupe et faire dépendre les phénomènes locomoteurs de la lésion organique de l'encéphale. Cette première hypothèse, à la rigueur soutenable avant qu'on eût traité le malade, devenait par la suite tout à fait inadmissible et la transformation si rapide presque instantanée qui a été obtenue par un traitement dans lequel la suggestion peut revendiquer la plus grande sinon toute la part permet, selon moi, d'affirmer que l'astasia, quoiqu'elle ne fût pas accompagnée de grands stigmates hystériques, était ici, comme d'habitude, liée à l'hystérie.

b) Dès lors, en se rappelant que l'hystérie est la grande simulatrice, il était légitime de se demander si les phénomènes du premier groupe ne devaient pas aussi être mis sur le compte de cette névrose.

Quoique, pour ma part, je n'aie jamais constaté dans l'hystérie ces troubles si spéciaux de l'articulation qui semblent appartenir en propre à la méningo-encéphalite, je conçois la possibilité de ce fait.

Néanmoins, je repoussai l'hypothèse en question, parce qu'il existe dans le cas qui nous occupe une déchéance intellectuelle, un tremblement de la lèvre supérieure et des troubles pupillaires qui sont étrangers à la symptomatologie de l'hystérie.

c) Il ne restait plus qu'à admettre qu'il s'agissait là d'une association de la méningo-encéphalite avec de l'astasia hystérique, et cette hypothèse a été vérifiée par le traitement.

Il faut remarquer toutefois que la faiblesse des membres inférieurs n'a pas complètement disparu et que la marche n'est pas tout à fait normale ; j'admets donc très volontiers que la parésie, qui persiste aujourd'hui, soit liée surtout aux lésions de l'encéphale, mais il est incontes-

table que sur cet état organique s'était greffé un trouble purement dynamique, une astasie hystérique, et que c'est principalement à ce dernier facteur qu'il y avait lieu d'attribuer l'impossibilité dans laquelle se trouvait le malade à son entrée à l'hôpital, de se tenir debout et de marcher.

OBSERVATION III.

Paralysie faciale consécutive à une fracture du rocher.

Hystérie : troubles locomoteurs, démarche ébrieuse, vertiges.

Disparition des manifestations hystériques sous l'influence de la suggestion.

Femme âgée de quarante-deux ans, cuisinière.

Antécédents personnels. — A l'âge de vingt-deux ans, à la suite d'une frayeur, elle est prise d'une série d'attaques convulsives hystériques qui s'accompagnent de délire. Un état caractérisé par des mouvements choréiques dont je ne puis indiquer la variété, faute de renseignements suffisants, succède à cette crise et dure une année entière ; il est entrecoupé par des attaques hystériques.

Un an après, la chorée étant à son déclin, la démarche devient titubante et, d'après ce que dit la malade, analogue à sa démarche actuelle, que nous décrirons plus loin.

Au bout de quelques mois, ces phénomènes disparaissent, et depuis cette époque jusque dans ces derniers temps, sa santé reste satisfaisante ; il est arrivé pourtant plusieurs fois à la malade d'être reprise d'une façon transitoire de troubles locomoteurs semblables à ceux dont elle a été atteinte autrefois, accompagnés de vertiges et de bourdonnements d'oreilles ; elle a eu aussi quelques crises caractérisées principalement par des pertes de connaissance,

Quelques semaines avant l'accident pour lequel elle est entrée à l'hôpital, les vertiges et les troubles de la marche avaient reparu et étaient plus accentués que d'habitude ; toutefois la malade pouvait fort bien sortir, vaquer à ses occupations et faire d'assez longues courses.

Le 4 avril 1892, en traversant une rue, elle est renversée par une voiture ; dans sa chute elle se heurte la tête contre le pavé et perd connaissance. On la transporte à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer, où elle ne tarde pas à reprendre ses sens.

On constate l'existence d'une hémorragie auriculaire droite très abondante et d'une paralysie faciale du même côté. M. Gouguenheim examine ensuite la malade et remet la note suivante : « Otite traumatique, fracture de la partie postéro-inférieure du conduit auditif. Parésie faciale droite. Amélioration de l'audition après ablation des caillots. »

Quelques jours après cet accident la malade se lève de son lit et essaye de marcher, mais elle ne peut faire plus de quelques pas sans perdre l'équilibre ; les troubles locomoteurs, loin de s'atténuer par la suite, allant au contraire en s'accroissant, M. Périer fait passer la malade dans le service dont j'étais chargé à ce moment.

État de la malade le 15 avril. — Parésie de la face du côté droit portant sur le facial supérieur et inférieur, mais prédominant dans le domaine du facial inférieur ; la commissure droite est déviée en bas. La contractilité faradique de tous les muscles, mais particulièrement des zygomatiques, est sensiblement plus faible

que du côté opposé ; l'application des courants voltaïques donne lieu, du côté malade, à des secousses moins brusques que du côté normal.

Hémianesthésie droite ; diminution de la sensibilité au tact et à la douleur dans tout le côté droit.

Rétrécissement du champ visuel à droite.

Affaiblissement de l'ouïe du même côté.

La malade a parfois des bourdonnements d'oreille, qui sont à la vérité peu marqués et d'une courte durée.

Réflexes tendineux normaux.

Quand la malade est dans une position horizontale, elle n'a jamais de vertige ; les fonctions motrices des membres et des diverses parties du corps, si l'on excepte bien entendu le côté droit de la face, sont alors à peu près normales ; toutefois la main droite semble un peu plus faible que la main gauche.

Lorsqu'on fait asseoir la malade, elle ne peut conserver son équilibre, elle oscille à gauche ou à droite, mais plus souvent du côté droit, et elle a des vertiges.

Dans la station, les oscillations s'accroissent. Toutefois, le sujet peut à la rigueur se tenir debout, pendant quelques secondes, sur un seul pied, mais bien plus facilement sur le gauche que sur le droit.

La démarche est ébrieuse, titubante, les jambes s'entrecroisent, la malade est entraînée le plus souvent à droite, mais parfois aussi à gauche et en arrière. Franchir une distance d'une dizaine de mètres constitue pour elle une difficulté réelle, et encore est-il nécessaire de la surveiller de près quand elle marche, car si on ne la soutenait de temps à autre, elle serait exposée à tomber.

Le 20 avril, vers quatre heures de l'après-midi, M. Nageotte, interne du service, hypnotise la malade ; celle-ci se trouve alors dans l'impossibilité d'ouvrir les yeux malgré tous ses efforts. On cherche à lui suggérer qu'elle peut marcher d'une façon normale ; le résultat immédiat n'est pas satisfaisant, mais dans la soirée la malade se lève et constate qu'elle marche bien plus facilement ; le lendemain matin les troubles locomoteurs ont complètement disparu, la démarche ne présente plus rien d'anormal.

La guérison se maintient depuis lors. La paralysie faciale ne s'est modifiée en rien. A plusieurs reprises, on essaye ensuite de modifier par la suggestion l'état de la paralysie faciale, on n'obtient aucun résultat.

Le 10 mai, on reproduit par la suggestion la titubation et les troubles locomoteurs et on les fait disparaître ensuite de la même façon.

La malade sort le 1^{er} juillet. A la suite d'un traitement électrique, la paralysie faciale s'est un peu atténuée.

Il s'agit là, comme on vient de le voir, d'une paralysie du nerf facial de moyenne intensité consécutive à une fracture du rocher ; ce diagnostic ne peut être contesté et s'imposait dès le premier jour.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne les vertiges, les troubles locomoteurs, la démarche ébrieuse, qui, du moins au début, pouvaient être interprétés de deux manières différentes.

Les affections auriculaires organiques peuvent, comme on le sait, donner naissance à des phénomènes qui rappellent ceux qu'on observe

ici. Avait-on affaire à une forme fruste, imparfaite de vertige de Ménière, provoqué par la fracture du rocher ? Cette hypothèse était soutenable.

Mais, d'autre part, la malade avait déjà eu autrefois des accidents du même ordre ; de plus, elle était manifestement hystérique ; or, dans l'hystérie on peut observer des troubles qui sont plus ou moins analogues à ceux qui caractérisent le vertige de Ménière (1).

Les résultats obtenus par la suggestion ont permis de résoudre la question en litige et d'affirmer que tous ces phénomènes étaient sous la dépendance de l'hystérie et qu'il y avait là, par conséquent, une association entre une paralysie faciale organique consécutive à une fracture du rocher et des troubles locomoteurs d'origine hystérique.

OBSERVATION IV.

Névrite périphérique : Douleurs fulgurantes, signe de Westphal, diplopie.

Hystérie : Parésie et anesthésie des quatre membres, rétention d'urine.

Disparition des troubles hystériques sous l'influence de la suggestion.

Femme âgée de vingt-huit ans.

Antécédents personnels. — Quatre attaques légères de rhumatisme articulaire aigu. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis. A plusieurs reprises, après de violentes contrariétés attaques hystériformes.

Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, apparurent les premiers symptômes de l'affection pour laquelle elle est venue ensuite réclamer nos soins. De temps en temps elle voyait double ; cette diplopie durait quelques heures et disparaissait ensuite. Il lui arrivait plusieurs fois par jour de ressentir dans les mains et dans les jambes des fourmillements ou des douleurs extrêmement vives, lancinantes, fulgurantes, apparaissant brusquement, disparaissant de même, après avoir duré dix à quinze minutes et changeant plusieurs fois de place.

Huit jours après l'apparition de ces douleurs, la marche devint difficile et la malade ne sentait pas bien, lorsqu'elle était debout, le sol sur lequel elle reposait. Puis les membres supérieurs s'affaiblirent à leur tour.

La malade éprouvait parfois une sensation de constriction dans la gorge s'accompagnant d'une crise de larmes.

Il lui arrivait de rester vingt-quatre heures sans pouvoir vider sa vessie et sans en éprouver le besoin du reste ; d'autres jours elle ressentait à chaque instant le besoin d'uriner, et la miction était facile.

La malade entre à l'hôpital Cochin, le 28 août 1891. — Elle nous dit que sauf la diplopie, qui ne s'est pas reproduite depuis vingt jours, tous les troubles précédents se sont accentués.

(1) Gilles de la Tourette. *Progrès méd.*, 1891, p. 31. Note sur quelques paroxysmes hystériques peu connus ; attaques à forme de névralgie faciale, de vertige de Ménière.

La puissance motrice des membres inférieurs est très affaiblie, que la malade soit couchée ou qu'elle cherche à se tenir debout et à marcher; elle ne peut rester dans la station plus de quelques secondes sans tomber, que les yeux soient ouverts ou fermés; c'est à peine si elle peut faire quelques pas sans être soutenue et cela avec la plus grande difficulté; la démarche est incertaine et vacillante.

La motilité des membres supérieurs est encore plus atteinte; la malade peut, il est vrai, faire exécuter des deux côtés quelques mouvements aux doigts, à la main, à l'avant-bras et au bras, mais ces mouvements sont très limités, et elle est dans l'impossibilité de porter les aliments à la bouche.

L'excitabilité électrique des nerfs est normale. Il en est de même de la contractilité faradique et voltaïque des muscles.

La sensibilité tactile est notablement diminuée à la face antérieure des membres supérieurs; à leur face postérieure, elle est au contraire conservée. Grande diminution de la sensibilité tactile sur toute la surface du tronc, à la face et aux membres inférieurs, sauf à la face interne de la jambe gauche, où il y a une plaque d'hyperesthésie.

La pression exercée sur les masses musculaires des membres inférieurs est parfois douloureuse.

A droite, douleur dans la région ovarienne.

Les réflexes plantaires sont abolis.

Les réflexes rotuliens sont complètement défaut.

Pas de troubles visuels; pas de troubles pupillaires.

Quelques jours après l'entrée de la malade, je cherche à l'hypnotiser et je n'obtiens la première fois qu'un sommeil très superficiel, mais après plusieurs essais j'arrive à la plonger dans un sommeil hypnotique assez profond. Pendant cet état, la puissance motrice des membres inférieurs et supérieurs augmente d'une façon sensible sous l'influence de la suggestion, et cette amélioration se maintient au réveil.

Les pratiques hypnotiques sont renouvelées plusieurs fois par semaine, et déjà quelques jours après le commencement du traitement, la malade peut porter la main à la bouche et manger toute seule, se livrer à des travaux manuels, faire de la couture, ce dont elle était auparavant tout à fait incapable, et se promener quelque temps dans la salle; l'anesthésie s'atténue aussi; la miction devient régulière et normale.

Les douleurs résistent beaucoup plus à la suggestion, et on n'arrive guère, quand on hypnotise la malade au moment où elle en ressent, qu'à les enrayer d'une façon transitoire; elles reparaissent quelque temps après le réveil, mais, à la vérité, elles sont alors un peu moins intenses.

Vers le 20 septembre, les troubles moteurs et l'anesthésie ont complètement disparu; la malade a encore des douleurs lancinantes dans la jambe, mais moins vives qu'au début. Les réflexes tendineux sont toujours abolis.

Au commencement d'octobre, on constate le retour des réflexes tendineux, mais les mouvements provoqués par la percussion des tendons rotuliens sont très limités.

La malade sort de l'hôpital le 17 octobre, se considérant comme à peu près guérie; depuis un mois environ, les troubles moteurs et l'anesthésie ont dis-

paru ; depuis dix jours, les douleurs lancinantes sont rares et peu violentes, les réflexes tendineux sont encore faibles.

La concomitance des douleurs fulgurantes, du signe de Westphal, de la diplopie et des troubles urinaires devaient faire songer au tabes. Toutefois, il n'y avait là aucun symptôme qui fut caractéristique de cette affection ; en effet, la rétention d'urine peut relever d'une toute autre origine et c'est ce qui devait avoir lieu dans le cas particulier, comme on le verra plus loin. Quant aux douleurs, à la diplopie, à l'abolition des réflexes tendineux, ce sont là des phénomènes qui, comme on le sait, peuvent dépendre d'une lésion des nerfs tout aussi bien que du tabes ; or, d'après l'évolution de la maladie, il est plus naturel d'admettre qu'ils étaient liés ici à une névrite phérophérique.

Mais ce diagnostic ne permettait pas, selon moi, de comprendre l'ensemble de symptômes que l'on observait chez la malade.

L'affaiblissement très accentué des membres supérieurs et inférieurs ne pouvait guère être mis sur le compte exclusif d'une affection organique des nerfs moteurs ; ceux-ci, en effet, ne devaient pas être profondément altérés, puisque les réactions électriques étaient normales ; quant à l'anesthésie, elle ne présentait pas non plus, quant à son siège, les caractères qu'on observe dans les lésions des nerfs sensitifs. Il devenait donc légitime de se demander si ces troubles n'étaient pas liés à un état hystérique qui serait venu se surajouter aux symptômes provoqués par la névrite. Or la malade, ayant eu autrefois des crises hystériformes et souffrant, au moment de son entrée, d'une douleur dans la région ovarienne, étant sujette à des accès de suffocation avec sensation de constriction à la gorge, cette hypothèse me paraissait très acceptable.

Les résultats obtenus par le traitement permettent actuellement d'affirmer la réalité de l'hystérie. Incontestablement la faiblesse musculaire, l'anesthésie et, de plus, la rétention d'urine, étaient sous la dépendance de cette névrose.

On pourrait même se demander si les phénomènes que j'ai fait dépendre d'une névrite ne devraient pas aussi être rattachés à un état purement névropathique, et c'est là une hypothèse que je ne puis réfuter à l'aide d'arguments péremptoirs.

Les douleurs fulgurantes n'appartiennent guère, il est vrai, à l'hystérie ; mais comme la douleur est un trouble éminemment subjectif, il me paraît impossible de distinguer avec certitude au moyen de ce symptôme une affection organique du système nerveux d'un état nerveux purement fonctionnel. En tout cas, il faut remarquer que ces douleurs n'ont été calmées par la suggestion que d'une façon transitoire, qu'elles ont résisté à ce traitement, bien plus que les troubles moteurs, et il est très admissible qu'elles ont cédé naturellement, à la longue, sans que la suggestion ait exercé une influence sur leur disparition définitive. Peut-être

ces douleurs reconnaissaient-elles pour cause deux agents à la fois, la névrite d'une part, l'hystérie de l'autre ?

La diplopie transitoire, que nous ne connaissons du reste que par les renseignements fournis par la malade, n'est pas non plus pathognomonique d'une affection organique, quoique pourtant elle se rencontre là bien plus souvent que dans les états nerveux dynamiques.

Ce qui me pousse surtout à admettre que les nerfs ont été réellement altérés c'est l'état des réflexes tendineux, qui, après avoir fait totalement défaut pendant quelque temps, ont reparu lorsque l'état de la malade s'est amélioré. Je sais bien que le signe de Westphal peut exister, d'après les notions admises, dans la neurasthénie ; mais cela me paraît exceptionnel.

En définitive, je ne puis démontrer rigoureusement l'existence de la névrite, mais je suis très enclin à l'admettre, et voici comment je comprends la filiation des accidents : 1° au début une névrite d'une faible intensité, portant surtout sur les fibres sensitives, se développe chez une femme prédisposée aux troubles névropathiques ; 2° sur cette névrite se greffent des phénomènes hystériques auxquels il faut attribuer presque exclusivement l'affaiblissement musculaire, l'anesthésie et les troubles vésicaux ; 3° disparition des symptômes dus à l'hystérie sous l'influence de la suggestion ; 4° disparition progressive et spontanée des troubles liés directement à la névrite.

Si l'on ne voulait pas admettre l'interprétation que je propose, on serait forcé de reconnaître tout au moins que les troubles hystériques étaient en partie dissimulés par des phénomènes qui s'observent de préférence dans les affections organiques du système nerveux et cette observation n'en serait pas moins intéressante.

OBSERVATION V

Neurasthénie : sensation de casque, dépression mentale et physique.

Hystérie : accès de sommeil.

Agoraphobie.

Amélioration notable de l'état de la malade sous l'influence de la suggestion.

Femme âgée de quarante ans, que j'ai observée en ville avec le professeur Charcot. Elle assure qu'elle est depuis vingt ans sujette à des phénomènes névropathiques divers, à des douleurs siégeant dans différentes parties du corps, à des crises de suffocation avec sensation de constriction dans la gorge, à des accès de dépression, de mélancolie, qui se prolongent pendant des mois ; étant enceinte à l'âge de vingt-neuf ans, elle a eu des hallucinations visuelles.

Pendant cette période de vingt années, son état de santé a subi des alternatives diverses en bien et en mal, mais elle ne se serait jamais sentie tout à fait bien portante.

Parmi les modes de traitement les plus divers auxquels elle a été soumise, le massage seul lui aurait procuré autrefois quelque soulagement.

Depuis six mois, son état s'est encore aggravé. Elle se sent profondément

abattue, ne prend plaisir à rien, ne sort de chez elle qu'à contre-cœur, et dans ce cas, se fait accompagner, car elle redoute de se trouver seule dans la rue, et a peur de l'espace quand elle est isolée. Il lui est impossible de s'occuper des affaires de son ménage ou de lire plus de quelques minutes, le travail physique ou intellectuel augmentant les sensations pénibles qu'elle éprouve.

Elle est tourmentée par des douleurs qui se déplacent, occupent successivement les lombes, le dos, l'abdomen, le bas-ventre et, en outre, par une douleur permanente qui siège dans la région occipitale et qu'elle compare à la sensation que provoquerait une constriction de cette partie de la tête (casque neurasthénique).

L'appétit est faible et les digestions sont pénibles.

Le sommeil naturel est très imparfait; il est rare qu'elle dorme plus d'une ou deux heures de suite, et il lui arrive d'avoir des insomnies complètes pendant plusieurs nuits consécutives.

Par contre, elle est sujette à des crises de sommeil anormal qui viennent la surprendre dans la journée, tous les huit ou dix jours, et qui présentent les caractères suivants : la malade se sent prise d'une lourdeur de tête, d'un besoin invincible de dormir qui devient parfois tellement impérieux, qu'elle a juste le temps de gagner sa chambre à coucher et de se jeter sur son lit; elle tombe alors dans un sommeil profond dont on ne peut la tirer, et qui se prolonge plusieurs heures; elle se réveille spontanément sans garder le souvenir de ce qui s'est passé.

L'examen méthodique de la malade révèle simplement l'existence d'une diminution de la sensibilité au tact et à la douleur aux membres inférieurs et à la partie inférieure du tronc.

La malade est soumise à des pratiques électrothérapiques (électricité statique) et hypnothérapiques.

J'arrive dès la première tentative d'hypnotisation à obtenir un état de lourdeur, de torpeur, pendant lequel la malade se trouve dans l'impossibilité d'ouvrir les yeux; mais on ne peut contracturer les muscles, insensibiliser les téguments, provoquer des hallucinations par suggestion. J'affirme à la malade qu'elle éprouvera à son réveil une sensation de bien-être et qu'elle se sentira reposée comme après un sommeil réparateur; je cherche aussi à lui persuader que les différents troubles dont elle souffre finiront par disparaître. Je la laisse dans cet état de sommeil fruste pendant une demi-heure et elle reconnaît, après avoir été éveillée, qu'elle se sent bien plus à l'aise que d'habitude.

L'hypnotisation est renouvelée trois à cinq fois par semaine pendant une période de deux mois. Je n'arrive jamais à obtenir un sommeil hypnotique bien caractérisé; néanmoins ces pratiques associées à l'électrothérapie améliorent très notablement la santé de la malade. Les douleurs, la dépression mentale, l'apathie, les insomnies s'atténuent très notablement; la malade, dix jours à peine après le début du traitement, sort volontiers toute seule et n'éprouve aucune anxiété quand elle se trouve dans la rue; les accès de sommeil pathologique ne se reproduisent plus; la malade recouvre l'appétit; les digestions ne sont plus aussi pénibles. La sensation de casque se montre plus rebelle que les autres douleurs à la suggestion. La malade peut se livrer à des travaux intellectuels, ce qui lui était impossible de faire autrefois; toutefois, si ceux-ci se prolongent, elle éprouve encore de la fatigue.

En résumé, au bout de deux mois, elle se sent tout à fait transformée et sans, être entièrement guérie, elle dit qu'elle ne s'est jamais sentie dans un état aussi satisfaisant depuis plusieurs années.

Il existait chez cette malade des troubles nerveux qui semblaient indiquer l'association de deux espèces distinctes : d'une part, la neurasthénie, caractérisée surtout par la dépression générale, l'impossibilité de se livrer à un travail intellectuel ou physique, fût-il même modéré, la sensation de casque ; d'autre part, l'hystérie, dont l'existence était révélée par l'anesthésie et les accès de sommeil. Mais il était bien difficile de faire la part de ce qui revenait à chacune de ces deux névroses ; si, en effet, la dépression mentale et physique est un des symptômes de la neurasthénie, elle peut appartenir aussi à l'hystérie.

Outre les phénomènes hystéro-neurasthéniques que nous venons d'énumérer, il existait chez cette malade de l'agoraphobie. Ce syndrome, quand il se manifeste sous sa forme parfaite, appartient à une espèce pathologique qui a son autonomie et qui est distincte de l'hystérie et de la neurasthénie, mais rien n'empêche d'admettre que dans ses formes frustes il puisse dépendre de l'hystérie. On peut, en effet, faire naître par suggestion chez certains hystériques hypnotisés des phénomènes agoraphobiques et les faire disparaître ensuite de la même façon. D'autre part, j'ai déjà rapporté (4) l'observation d'une malade atteinte d'une agoraphobie imputable pour une part à l'hystérie. Je crois que dans le cas qui nous occupe, l'agoraphobie doit aussi être rattachée à l'hystérie. La suggestion me semble avoir eu pour résultat de débayer le terrain en faisant disparaître seulement les troubles qui se rattachaient à l'hystérie. En ce qui concerne l'atténuation des symptômes neurasthéniques, il y a lieu selon moi d'attribuer ce résultat aux pratiques électrothérapiques, bien plus qu'à la suggestion. Je suis, en effet, porté à croire que la neurasthénie n'est pas susceptible d'être modifiée par l'hypnotisme, mais ce n'est pas sur des faits complexes comme celui-ci qu'on peut former son jugement à cet égard. Je ne cherche donc pas à démontrer que je n'ai combattu par la suggestion que l'agent hystérique, je n'ai d'autre but ici que de rapporter un cas d'hystéro-neurasthénie s'accompagnant de phénomènes agoraphobiques.

OBSERVATION VI

Cystite : urines purulentes.

Troubles vésicaux d'origine hystérique ; parfois rétention d'urine ; parfois miction possible, mais très douloureuse.

Disparition des troubles vésicaux hystériques sous l'influence de la suggestion.

Jeune fille âgée de dix-neuf ans.

Antécédents personnels. — En janvier 1891, se développent sans cause appré-

(4) *Loco citato.*

cialable des douleurs abdominales et de la céphalalgie qui persistent plusieurs semaines et qui cèdent à la suite de pratiques hydrothérapiques.

En juillet de la même année, la malade contracte une vaginite avec laquelle reparaissent les douleurs abdominales qui s'accompagnent de vomissements; en même temps la miction devient difficile et douloureuse.

La malade entre à l'hôpital Cochin le 28 juillet, et se plaint particulièrement de souffrir dans le bas-ventre et de n'avoir pas uriné depuis deux jours.

On constate, par la palpation, que la vessie est distendue et que le cathétérisme donne issue à plus d'un litre d'urine qui contient du pus, ainsi que le montre un examen microscopique.

Il existe de plus une vaginite peu intense qui paraît être à son déclin et qui est sans doute l'origine de la cystite.

Voici le traitement qui est prescrit : injections vaginales et vésicales d'eau boriquée, pansements vaginaux antiseptiques, capsules de térébenthine.

Pendant les trois premières semaines qui suivent l'entrée de la malade à l'hôpital, les douleurs conservent la même intensité; certains jours, la miction est possible, mais elle provoque de vives douleurs; parfois, au contraire, la malade reste vingt-quatre heures sans pouvoir uriner, et il est nécessaire de pratiquer le cathétérisme. La quantité de pus contenue dans les urines diminue notablement.

Un examen plus complet révèle l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle avec rétrécissement du champ visuel et abolition du réflexe pharyngien.

Un jour que la malade se plaint de ne pas avoir uriné depuis plus de vingt-quatre heures, j'essaye de l'hypnotiser, et j'arrive à la plonger dans un état de sommeil pendant lequel il est possible de faire apparaître par suggestion des contractures, des paralysies, des anesthésies et de provoquer des hallucinations. Je lui suggère, qu'à son réveil, elle urinera facilement et sans souffrir conformément à cette suggestion la miction a lieu et ne provoque aucune douleur.

A partir de ce jour, la malade a été hypnotisée plusieurs fois par semaine pendant une période de deux mois environ, et ces pratiques ont incontestablement exercé une action efficace sur son état; les douleurs abdominales et les vomissements se sont amendés rapidement; toutes les fois que la rétention d'urine a reparu, ce qui a eu lieu à plusieurs reprises, il a été possible, au moyen de la suggestion, de faire uriner la malade séance tenante, et finalement la guérison définitive a été obtenue.

Inutile de dire que le traitement prescrit dès le début contre la cystite a été continué jusqu'à ce que celle-ci ait complètement disparu.

La réalité de la cystite ne peut être contestée dans ce cas, puisque l'urine contenait du pus.

La coexistence de l'hystérie ne peut être non plus mise en doute, ne serait-ce qu'en raison de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Dès lors et en se fondant sur les résultats obtenus par la suggestion, il est légitime d'admettre que la rétention d'urine et les douleurs pendant la miction étaient sous la dépendance de l'hystérie.

Je crois utile de rappeler à ce propos que cette névrose peut se présenter sous une forme fruste, monosymptomatique ; l'on peut donc fort bien concevoir des cas analogues à celui-ci, n'en différant que par l'absence de stigmates hystériques et dans lesquels l'hystérie ne se manifesterait que par des douleurs locales et une rétention d'urine qui viendrait se superposer aux troubles directement imputables à la cystite. Le diagnostic, dans des cas de ce genre, serait bien plus difficile.

Il y a lieu de songer à des associations de cet ordre, malgré l'absence de stigmates révélateurs, toutes les fois que l'intensité des phénomènes réactionnels, des troubles subjectifs ne semble pas en rapport avec la bénignité relative de l'affection organique.

L'emploi de méthodes analogues à celle que j'ai mise en œuvre pourrait donner parfois des résultats dont profiterait le malade et qui élucideraient en même temps un diagnostic douteux.

OBSERVATION VII

Endométrite cervicale très légère.

Hystérie : accès de rire non motivés ; anesthésie du pharynx ; douleurs pelviennes irradiant vers les cuisses et la région lombaire ; hyperesthésie vaginale.

Disparition des douleurs sous l'influence de la suggestion.

Femme âgée de vingt ans.

Antécédents personnels. — N'a jamais été gravement malade, mais elle est sujette à des accès de rire ou de larmes non motivés ; une fois, elle a eu une perte de connaissance à la suite de laquelle elle a dormi très longtemps.

Depuis un an, elle ressent, parfois sans raison apparente, mais le plus souvent à la suite de fatigues physiques, quand elle reste quelque temps debout ou qu'elle marche, des douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre qui irradient vers les cuisses et la région lombaire ; la pression sur la partie inférieure de l'abdomen est douloureuse, et il en est de même du côté ; de plus, la malade est atteinte de leucorrhée. Ces différents troubles ayant augmenté depuis un mois, la malade se fait admettre à l'Hôtel-Dieu annexe le 8 juin 1892.

A son entrée, on constate ce qui suit : une pression relativement faible exercée sur la paroi abdominale, au-dessus du pubis, provoque de la douleur ; le toucher vaginal est douloureux ; les culs-de-sac sont libres et le col de l'utérus semble normal. L'examen au spéculum révèle l'existence d'une endométrite cervicale très légère pour laquelle on prescrit l'usage d'injections et des pansements antiseptiques.

Le pharynx est insensible. Pas d'autre stigmate hystérique.

Le 16 juin, la malade me dit que les douleurs ont toujours la même intensité. Je cherche à l'hypnotiser, et j'arrive en quelques minutes à la plonger dans un sommeil hypnotique pendant lequel je puis provoquer des contractures, des paralysies et des anesthésies. Je lui suggère que les douleurs vont disparaître complètement. A son réveil, une pression, même énergique, exercée sur le bas-ventre n'est pas du tout douloureuse ; le toucher vaginal ne fait plus du tout souffrir la malade. Dans le courant de la journée, elle se promène dans la

salle beaucoup plus longtemps que d'habitude, sans éprouver de sensation pénible.

17 juin. Les douleurs ont de nouveau reparu, mais sont bien moins vives ; une nouvelle hypnotisation les fait disparaître aussitôt.

Les jours suivants, l'hypnotisation est encore renouvelée, et enfin la malade quitte l'hôpital dans les premiers jours de juillet, après être restée plus d'une semaine sans avoir éprouvé aucune douleur.

Elle me demande l'autorisation de revenir dans les cas où les douleurs viendraient à reparaitre. Ne l'ayant pas revue, je suppose que la guérison s'est maintenue.

Cette malade, comme on vient de le voir, était atteinte d'une endométrite cervicale très peu marquée qui ne paraissait pas en rapport avec l'intensité des douleurs. C'est pour ce motif que malgré l'absence, sauf l'anesthésie du pharynx et les attaques hystériformes antérieures, de tout stigmate hystérique, je pensai que les douleurs pouvaient être sous la dépendance de l'hystérie et je cherchai à l'hypnotiser.

Les résultats qui ont été obtenus à l'aide de cette méthode démontrent l'exactitude de mon hypothèse.

Je pourrais publier plusieurs observations analogues, mais comme elles ne seraient que des répétitions presque complètes de celle que je viens de rapporter, il me semble inutile de le faire.

OBSERVATION VIII.

Coxalgie organique.

Hystérie : hémianesthésie, contracture des muscles qui meuvent la cuisse sur le bassin. Pendant le sommeil chloroformique, disparition de la contracture, craquements dans la hanche quand on fait mouvoir la cuisse.

Homme âgé de trente ans, charretier. A l'âge de vingt et un ans (1883) étant soldat, il a été atteint d'une entorse tibio-tarsienne gauche dont il ne s'est jamais complètement rétabli et pour laquelle il a été réformé. Depuis ce temps, il a toujours boité un peu, les excès de marche faisaient reparaitre temporairement les douleurs du cou-de-pied gauche et augmentaient la claudication.

En 1884, il a eu à deux reprises des douleurs articulaires dans les jointures du cou-de-pied, du genou et de la hanche qui ont duré la première fois un mois et demi, la deuxième fois, trois semaines.

Il y a de cela six mois, à la suite d'une grande fatigue, l'articulation tibio-tarsienne devient le siège de douleurs plus vives que d'habitude, et la région du cou-de-pied gauche se tuméfie ; peu de temps après se développe une amyotrophie du membre inférieur gauche. Vers la même époque apparaissent des douleurs dans la région de la hanche.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu annexe à la fin de juillet 1892.

Il se plaint de souffrir dans la hanche gauche ; il est réveillé la nuit par des douleurs lancinantes à ce niveau et ne peut rester couché que sur le côté

droit. Une pression quelque peu énergique exercée sur la région de la hanche en dehors, en avant ou en arrière provoque des douleurs ; un attouchement superficiel n'est pas du tout douloureux.

Il n'y a pas de gonflement de la région tibio-tarsienne, qui est indolore à la pression.

Les muscles du membre inférieur ont subi une légère atrophie, mais les réactions électriques sont normales.

Dans tout le côté gauche du corps, la sensibilité des téguments au tact, à la douleur et à la température est très affaiblie.

Il n'y a pas de troubles sensoriels.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Dans la station, voici quelle est l'attitude du malade : la cuisse gauche est légèrement fléchie sur le bassin, la jambe un peu fléchie sur la cuisse et le pied ne repose sur le sol que par la pointe ; entre le talon et le sol, il y a un intervalle de 5 centimètres de longueur. L'épine antéro-iliaque supérieure gauche est à un niveau plus élevé que celle du côté opposé ; le pli fessier droit est bien plus accentué que le gauche. Le tronc est légèrement incliné du côté droit, l'intervalle entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque est plus étendu du côté gauche que du côté droit. La colonne vertébrale n'est pas rectiligne ; la portion de cette colonne qui s'étend depuis le haut jusque vers le milieu de la région dorsale est située plus à droite que la partie inférieure ; à l'endroit où ces deux portions, distantes l'une de l'autre de 4 centimètres environ, se réunissent, la colonne forme une courbe à concavité tournée à droite et en bas.

Pendant la marche, la claudication est très prononcée.

L'articulation de la hanche gauche est tout à fait immobilisée ; le malade étant couché sur le dos, il est impossible, même à l'aide de mouvements passifs, d'obtenir une flexion de la cuisse sur le bassin ; ces tentatives font souffrir le patient, si l'on arrive à soulever la cuisse, l'os iliaque se déplace en même temps, et ce n'est pas au niveau de l'articulation coxo-fémorale que s'opère le mouvement.

Quelque temps après son entrée à l'hôpital, le malade est chloroformisé, et voici ce que l'on constate pendant le sommeil ainsi provoqué : la cuisse gauche peut être fléchie sur le bassin d'une façon presque aussi complète que la cuisse droite, et ce mouvement s'opère sans difficulté, sans que la main appliquée sur la région de la hanche perçoive aucun craquement ; l'abduction et la rotation en dehors sont, au contraire, beaucoup plus limitées à gauche qu'à droite et provoquent des craquements perceptibles à la main ; de plus l'épine iliaque antéro-supérieure gauche ne peut être amenée au niveau de l'épine correspondante du côté opposé.

Le lendemain de la chloroformisation, le malade se plaint d'éprouver dans la région de l'articulation coxo-fémorale des douleurs spontanées et la pression à ce niveau est plus douloureuse que d'habitude.

Trois jours après, les douleurs se calment et la situation est, à tous les points de vue, identique à celle dans laquelle se trouvait le malade avant la chloroformisation.

Avant que le malade eût été examiné pendant le sommeil provoqué

par l'agent anesthésique, le diagnostic n'était pas sans présenter quelques difficultés.

L'hémi-anesthésie gauche donnait à penser que cette coxalgie pouvait être sous la dépendance de l'hystérie, malgré l'absence de cette hyperesthésie superficielle dans la région de l'aîne qu'on observe parfois dans la coxalgie hystérique et qui a été étudiée par M. Charcot.

Mais, d'autre part, le malade ayant eu à plusieurs reprises des douleurs rhumatoïdes dans les articulations tibio-tarsienne, fémoro-tibiale et coxo-fémorale du côté gauche, il y avait lieu de songer à la possibilité d'une affection organique de la hanche.

L'examen du malade pendant le sommeil chloroformique est venu montrer qu'il y avait là, d'une part, un élément organique, une lésion de la jointure ou des tissus périarticulaires, et d'autre part, un élément spasmodique, une contracture des muscles qui meuvent la cuisse sur le bassin, qu'il y a tout lieu de rattacher à l'hystérie.

On peut encore se demander si l'affection organique est primitive ou si elle est consécutive à une immobilisation de l'articulation que la contracture aurait provoquée. Je ne chercherai pas à discuter cette question; cela m'entraînerait trop loin.

Qu'il me suffise d'avoir établi qu'il existe dans ce cas une association hystéro-organique et de faire remarquer l'importance du diagnostic dans un cas de ce genre, au point de vue du pronostic et du traitement. On peut, en effet, espérer obtenir par des moyens médicaux, par un traitement psychique, une amélioration notable dans l'état du malade, mais on ne pourra agir ainsi que sur l'élément hystérique; c'est par des moyens d'un autre genre, d'ordre chirurgical, qu'on devra combattre l'élément organique.

OBSERVATION IX.

Périarthrite scapulo-humérale gauche.

Hystérie : contracture des muscles de l'épaule gauche; parésie et anesthésie du membre supérieur gauche.

Disparition des troubles hystériques à la suite de l'électrisation faradique du membre supérieur gauche.

Femme âgée de quarante ans.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents, sinon qu'elle tousse depuis longtemps et que depuis un an elle a beaucoup maigri.

Il y a de cela deux mois, ayant appliqué sur la joue d'un de ses enfants un soufflet, très léger, du reste, d'après ce qu'elle dit, elle ressentit immédiatement une douleur dans la région de l'épaule gauche, qui augmenta les jours suivants. Depuis cette époque, elle ne peut plus se servir du membre supérieur gauche.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu annexe le 10 juillet 1892.

L'examen du poumon révèle l'existence de lésions tuberculeuses très manifestes.

L'épaule gauche est douloureuse à la pression. Le bras est appliqué contre la paroi thoracique et la malade ne peut l'en détacher spontanément ; on arrive pourtant, en exerçant une traction qui, du reste, provoque des douleurs, à écarter le bras du tronc de quelques centimètres. La malade peut fléchir et étendre l'avant-bras sur le bras, la main sur le poignet et les doigts sur la main, mais ces divers mouvements s'exécutent bien plus difficilement qu'à l'état normal et sont très faibles.

Dans tout le membre supérieur gauche et à la partie supérieure du thorax il y a une diminution très notable de la sensibilité au tact, à la douleur et à la température.

Pas d'autres troubles à mentionner.

J'électrise le membre supérieur gauche avec des courants faradiques, j'imprime avec une certaine brusquerie des mouvements aux différents segments du membre supérieur, je cherche à écarter les bras du tronc, après avoir dit à la malade que je compte par ces manœuvres obtenir une amélioration rapide de son état. J'obtiens immédiatement un résultat appréciable ; la parésie et l'anesthésie diminuent notablement ; le bras peut être assez facilement écarté du tronc.

Ces pratiques sont répétées les jours suivants et au bout de quatre jours l'état de la malade s'est profondément modifié. L'anesthésie a presque complètement disparu, les mouvements de l'avant-bras, de la main et des doigts sont presque normaux. Le bras forme avec le tronc, quand la malade l'écarte de son mieux, un angle de 45 degrés. En examinant le dos pendant que ce mouvement s'exécute, on note que le scapulum suit l'humérus et semble adhérer à cet os. Si on fixe avec la main le scapulum contre le thorax, le bras ne peut être porté en dehors.

Cet état reste stationnaire.

Au commencement d'août la malade est chloroformisée. On constate alors que, comme à l'état de veille, le bras, dans les mouvements qu'on lui fait exécuter, entraîne avec lui l'omoplate. On fixe avec force cet os contre la paroi thoracique et l'on cherche alors à porter le bras en abduction ; on y arrive assez facilement, mais ce mouvement provoque des craquements perceptibles par la main et par l'oreille.

Cette observation n'a pas besoin d'être longuement commentée. Il est clair que la parésie et l'anesthésie du membre supérieur gauche, ainsi que la contracture des muscles de l'épaule étaient sous la dépendance de l'hystérie ; il est non moins évident qu'il existait là une affection organique de l'articulation scapulo-humérale ou plutôt des tissus périarticulaires et que, par conséquent, on a encore eu affaire dans ce cas à une association hystéro-organique.

Les observations que je viens de rapporter me paraissent de nature à mettre en évidence tout l'intérêt théorique et pratique qui s'attache à l'étude des associations de l'hystérie avec les autres maladies et à confirmer les propositions que j'ai énoncées au commencement de ce travail.